

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MÉDECINE

N° 51

Contribution à l'étude du pronostic de l'épithélioma dendritique du sein

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1938

PAR

MARTIN François

Né le 13 Août 1911, à Nîmes (Gard)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président*
ETIENNE, professeur
MOURGUE-MOLINES, agrégé
GUIBAL, agrégé

} *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DU PROGRES

7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1938

Contribution à l'étude du
pronostic de l'épithélioma
dendritique du sein



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 51

Contribution à l'étude du pronostic de l'épithélioma dendritique du sein

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1938

PAR

MARTIN François

Né le 13 Août 1911, à Nîmes (Gard)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, professeur		
		MOURGUE-MOLINES, agrégé		
		GUIBAL, agrégé		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DU PROGRES
7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1938

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique, médicale et Toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU, assesseur
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Radiologie (Ch. de c.)	N.
Anatomie (chargé de cours)	TERRACOL
Histologie (chargé de cours)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

HONORIAS

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE.
ESTOR, BERTIN-SANS. CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Histoire Naturelle médicale	MM. HARANT, Dr.
Pathologie Médicale et clinique propédeutique médicale	BAUMEL, ag
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique phthisiologique	BOUDET, prof.
Pathologie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE - MOLINES, agr.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, agr. libre.
Accouchements	COL DE CARRERA, agr. lib.
Ophtalmologie	DEJEAN, agr.
Stomatologie	WATON, Dr.

AGREGES EN EXERCICE

Bactériologie	M. CARRERE.
Médecine	MM. JANBON.
Chirurgie	BAUMEL
Ophtalmologie	P. RIMBAUD.
	LAFON, ch. d'agr.
	BOUCOMONT, ch. d'agr.
	AIMES.
	MOURGUE - MOLINES.
	GUIBAL
	ROUX.
	M. DEJEAN.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MASSABUAU, professeur, *président* | MOURGUE-MOLINES, agrégé
ETIENNE, professeur | GUIBAL, agrégé



La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MA GRAND'MERE

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
MOURGUE-MOLINES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ GUIBAL

INTRODUCTION

M. le Professeur Massabuau a bien voulu nous confier une observation d'épithélioma dendritique du sein, prise dans son service. Elle sert de base à notre travail.

Une femme avait été opérée en octobre 1934 à la suite d'un écoulement sanglant par le mamelon gauche. En l'absence de tumeur et d'adénopathie on avait enlevé la glande partiellement sans évidemment axillaire.

L'examen anatomo-pathologique avait confirmé l'impression clinique et montré qu'il s'agissait d'un épithélioma dendritique.

En février 1938 soit environ trois ans après, M. le Professeur Massabuau revoit cette malade qui vient le consulter pour une tumeur du sein gauche, un carcinome.

Si l'écoulement sanglant a été le premier et seul signe d'une évolution précancéreuse, et à ce titre doit retenir notre attention, la transformation maligne après excision des lésions est beaucoup plus intéressante.

Un écoulement sanglant seul signe d'une néoplasie n'est pas d'une observation très rare, par contre le cas que nous rapportons grâce à l'obligeance de M. le Professeur Massabuau est tout à fait remarquable. Il pose

encore une fois le problème angoissant du pronostic et du même coup celui de l'indication opératoire.

Dans notre travail nous nous proposons d'étudier le substratum anatomique de l'écoulement sanglant par le mamelon pour essayer de discriminer les lésions bénignes des lésions malignes.

L'observation que nous rapportons sera l'occasion de mettre en garde contre une trop grande confiance dans la bénignité de certaines formes, l'épithélioma dendrite en particulier, décrit par Lecène et Galtier.

Notre plan sera le suivant :

Une première partie comprendra un chapitre d'histoire montrant l'évolution des idées une étude de l'écoulement sanglant par le mamelon, considéré comme symptôme.

Nous verrons dans un second chapitre que ce symptôme se rencontre avec des lésions variées, dont nous donnerons une classification et une étude anatomo-clinique.

Dans une seconde partie nous étudierons le pronostic de ces lésions, basé sur l'analyse histologique. Puis nous donnerons l'observation de M. le Professeur Massabuau qui nous amènera après quelques considérations sur la thérapeutique à la conclusion de notre travail.

Première Partie

CHAPITRE PREMIER

Historique

Il nous serait certes loisible à propos de l'écoulement sanglant de passer en revue toute l'évolution de la chirurgie, envisager l'époque ancienne avec l'empirisme des temps reculés et les interprétations plus ou moins fantaisistes des anciens.

Mentionné dans les aphorismes d'Hippocrate, on le retrouve dans les œuvres d'Ambroise Paré, c'est à cette époque une lésion interprétée comme un trouble fonctionnel.

Avec le ^{xix}^e siècle les observateurs minutieux, les anatomo-pathologistes passionnés, les chirurgiens ont observé l'écoulement sanglant.

Dès le début de cette période on note au cours de cette affection quelque chose de plus qu'un trouble fonctionnel. Richard montre la coïncidence d'écoulement sanglant et de tumeur bénigne.

Nélaton en fait un signe de lésion du sein.

Velpeau prétend en avoir observé au cours des cancers du même organe.

Puis les faits commencent à se concrétiser, un travail de Labbé et Coyne attribue l'écoulement sanglant à des végétations papillaires intracanaliculaires.

Reclus dans l'étude du syndrome clinique auquel on a attaché son nom signale cet écoulement.

En Angleterre, Battle, Bowlby, Butlin, Robinson en parlent dans une série d'articles sur les tumeurs végétantes intracanaliculaires ou « villoux duct cancer ».

En Allemagne divers auteurs font écho aux constatations de Reclus sur le ceptadénome du sein parmi eux Sasse, Roloff, Schimmelbusch, Von Saar.

Mintz en Russie décrit une affection avec deux stades de « catarrhe séreux » et de « catarrhe sanguinolent » correspondant à un état anatomique qui sert en quelque sorte de plaque tournante à trois évolutions :

Adénome kystique,
Adénome intracanaliculaire,
Dégénérescence maligne.

Période contemporaine :

A l'ordre du jour actuellement depuis 1927, à la suite d'une série de travaux à l'école allemande de Pribram, Klose, Schneider, Grunwald, la mamelle saignante apparaît comme un état pathologique spécial, manifestation soit d'un état précancéreux capable de dégénérer, soit de lésions en transformation maligne, soit de cancer caractérisé.

Signe d'alarme, l'écoulement est un signe qui appelle sur un sein l'attention du chirurgien, et aussi la thérapeutique radicale, car il vaut mieux comme dit Klose avec du cancer ou du précanécér se montrer trop large que trop parcimonieux.

Pribram attribue l'écoulement hémorragique le plus souvent à l'épithélioma dendritique qui se transforme

rarement en cancer mais dont les récidives in situ commandent la prudence et par conséquent l'exérèse large.

L'école de Vienne est d'un avis opposé. Elle voit dans l'écoulement sanglant un signe que l'on rencontre au cours d'affections variées habituellement bénignes. En dehors des cas d'évidemment cancéreux ces auteurs préconisent une exérèse localisée, nécessaire, mais suffisante.

En France on est plus éclectique que l'école allemande. Des études complètes, anatomo-pathologiques, ont nettement individualisé d'abord les tumeurs végétantes intracanaliculaires (Lecène et Galtier) qui pour en formeraient 90 p. 100 des écoulements sanglants.

J. Ch. Bloch et Mlle R. Wechsler s'élèvent contre l'exérèse totale du sein dans certains cas d'épithélioma dendritique dont ils décrivent un type particulier, enfin Moulonguet et Rousset ajoutent encore l'ectasie des canaux galactophores au tableau des lésions bénignes responsables d'écoulements sanglants.

L'étude historique nous a montré à l'époque contemporaine le nombre et la valeur de travaux entrepris sur la mamelle saignante. Ceci nous prouve que ce n'est qu'un signe clinique lié à des affections variées que les travaux récents individualisent un à un. D'où l'intérêt qu'il peut y avoir à étudier de près ces lésions pour juger de leur pronostic et pouvoir fournir une indication thérapeutique qui ne risque pas de souscrire aux exagérations de l'exérèse large de l'école allemande ni de s'exposer aux dangers d'une chirurgie trop conservatrice.

CHAPITRE II

Le Symptôme “ écoulement sanglant ”

C'est en général le premier signe qui attire l'attention de la malade, c'est parfois le seul signe clinique.

Tâchant le linge à la hauteur du mamelon il ne s'accompagne d'aucune douleur. Il est classique de parler d'écoulement séreux, séro-sanglant et sanglant Mintz considère l'écoulement séreux comme l'état premier de l'écoulement sanglant. Il semble que ce soit le signe d'une inflammation sous-jacente (Adair, Cutler).

L'étude microscopique de l'écoulement est indispensable pour éliminer certains écoulements d'aspect analogue, mais en réalité formés par du pus brun chocolat. De plus cet examen peut être rarement semble-t-il toujours un élément diagnostique intéressant (Nathan).

Faut-il distinguer un écoulement séro-sanglant d'un sanglant pur faisant du premier un signe de bénignité et du second un test de malignité; il est difficile d'avoir là une opinion ferme.

D'apparition précoce très souvent il n'est pas forcément continu, peut disparaître pendant quelques jours

pour se montrer à nouveau. Il semble d'après l'interrogatoire de certaines femmes qu'il puisse être influencé par les règles qui en augmenteraient l'abondance.

Le plus souvent unilatéral, l'écoulement très minime dans certains cas peut être provoqué par l'expression du sein.

Ce symptôme essentiel est la plupart du temps la manifestation d'une lésion anatomique du sein. Suivant la forme de ces lésions, localisées ou diffuses, palpables ou non perceptibles, on peut individualiser un certain nombre de syndromes formant des entités cliniques dont les auteurs français surtout ont essayé de préciser la description clinique et le pronostic, pour en orienter la thérapeutique.

Dans le chapitre qui va suivre nous allons étudier dans le cadre de cette classification les lésions anatomopathologiques responsables de tel saignement.

CHAPITRE III

Ecoulement sanglant sans tumeur

Dans ce groupe l'écoulement sanglant est la seule manifestation d'un état pathologique atteignant soit les canaux galactophores seuls, soit les acini. Le plus souvent on note des lésions diffuses dans lesquelles il y a une hyperplasie épithéliale et une hyperplasie conjonctive associées.

Il convient de mettre à part les écoulements sanglants d'origine endocrinienne ou dyscrasique. Nous rappelons pour mémoire l'écoulement hystérique, les hémorragies supplémentaires de règles, celles des dyscrasies sanguines et des altérations vasculaires ou celles du nouveau-né.

Nous ne retenons que les hémorragies causées par une lésion de la mamelle elle-même.

Ce groupe offre à l'examen des lésions histologiques dans lesquelles les auteurs allemands voient un état précancéreux et avec Klose pensent que tout « saignement par le mamelon veut dire évolution d'un état précancéreux et exige l'ablation de la glande ».

Il existe à n'en pas douter un grand nombre d'écoulements syndromatiques de ces états précancéreux. Cette

néoformation ne franchit pas la vitrée et n'offre peut-être pas l'aspect typique des néoplasies; elle a pour les auteurs allemands les caractères de l'état précancéreux.

Un signe préoccupant est l'existence d'un épithélium à structure kystique révélatrice d'une prolifération tumultueuse et irrégulière. Le tissu conjonctif prend le type presque muqueux, et oppose de ce fait peu de résistance à l'envahissement épithélial.

Or, du moment que sur une même coupe il y a des points normaux et d'autres presque atypiques c'est déjà du précancer. C'est l'opinion d'ailleurs de Lecène, René Delbet, Masson, qui trouvent encore cette signature dans l'existence d'arborisations endo-canaliculaires très étendues et de formations pseudo-glandulaires également endo-canaliculaires.

Mais il ne faut pas être trop systématique et annoncer avec Klose le précancer à tout coup quand il y a un saignement sans tumeur.

La description d'un type d'écoulement sanglant sans tumeur nous est offerte dans l'article de Moulonguet et Rousset.

Les auteurs donnent une étude histologique détaillée des dilatations simples des canaux galactophores

Celle-ci revêt deux types:

Dans le *premier groupe*: il y a ectasie généralisée des galactophores avec état quiescent et même atrophie de l'appareil glandulaire. Canaux énormes, distendus ou bien allongés et sinueux comme une chambre à air dégonflée. Leur lumière contient du sang ou un liquide sanglant coagulé.

A l'œil nu les canaux sont déjà très apparents à la coupe.

Au cours des manipulations histologiques leur contenu s'élimine comme on le voit sur les préparations.

L'ectasie est la seule lésion constatée, aucune altération hyperplasique, aucune tendance tumorale des épithéliums, partout minces et aplatis. Les épithéliums semblent plus épais là où la coupe est oblique. Les arabesques et replis que décrivent les parois de ces canaux ne sont pas des villosités pense Moulonguet, parce que les rapports entre l'épithélium et le conjonctif ne sont pas modifiés, il s'agit seulement d'une apparence qui résulte de l'affaissement des canaux distendus. Cette lésion qui paraît être congénitale, comme l'indique l'abondance du tissu élastique, provoque des hémorragies par le mécanisme « ex vacuo ».

Dans le *deuxième groupe*: l'ectasie est moins marquée il y a de plus activité glandulaire. Les lobules glandulaires reproduisent les figures histologiques à la phase dite présécrétoire.

Ici l'hyperplasie glandulaire dystrophique est responsable des hémorragies qui distendent secondairement les canaux galactophores.

Ecoulement sanglant avec tumeur bien limitée

Ce syndrome est actuellement bien individualisé et bien connu. Il semble que ce soit Labbé et Coyne dans leur travail sur les tumeurs bénignes du sein qui en aient donné la première description.

Mais c'est Lecène et Galtier qui ont surtout contribué à le faire connaître et à en fixer les caractères histologiques et du même coup la valeur pronostique. Les auteurs allemands l'appellent cyste épithéliome; Pribram le décrit comme « une formation épithéliomateuse papilliforme, siégeant près du mamelon dans un canal galactophore dilaté en forme de kyste ».

Lecène l'appelle tumeur végétante intra-canaliculaire. Dans un mémoire paru en 1928, Lecène le décrit comme une tumeur unique ou multiple siégeant dans l'intérieur d'un canal galactophore dilaté et comme renflé sur une ou plusieurs dilatations ampullaires. Presque toujours sous le mamelon, le plus souvent dans un seul galactophore, cette localisation explique pourquoi l'écoulement sanglant provoqué se fait toujours par un seul pore galactophorique.

Cette tumeur peut être beaucoup plus profondément située vers les acini.

Les dimensions de cette tumeur varient énormément, grosse comme un pois ou une cerise, elle est rarement plus volumineuse.

Elle n'entraîne à son voisinage aucune réaction.

On peut noter cependant la coexistence fréquente des lésions typiques de la maladie de Reclus.

L'examen histologique: permet de voir à un faible grossissement des végétations nombreuses et serrées, remplissant la cavité d'un canal galactophore kystique, dont la paroi offre une solide barrière aux végétations.

L'axe conjonctif des végétations est très vascularisé, c'est la rupture des capillaires de ces végétations délicates qui explique l'écoulement sanglant.

Elles sont recouvertes par un épithélium cylindrique haut, identique à celui qui revêt la paroi des canaux galactophores.

Tumeurs multiples ou transformations papillaires disséminées

Un processus étendu à toute la glande, la maladie de Reclus, maladie polykystique, peut s'accompagner d'hémorragie par le mamelon.

Les auteurs allemands décrivent à son propos une forme anatomo-clinique le ceptadénome papillaire qui se développerait sur une maladie de Reclus.

Ces kystes peuvent rester très petits et ne pas donner à la palpation de sensation bien nette de grains de plomb.

On voit dit Granvald des formations papillaires sur la paroi du kyste qui coïncident avec leur augmentation de volume, ils peuvent combler leur lumière.

Cette transformation papillaire disséminée semble être un stade plus évolué de ce que Jacques Charles Bloch a décrit récemment avec Mlle Wechsler. Pour ces auteurs il y a deux groupes de lésions.

Dans le premier groupe: le stroma conjonctif de la glande est riche en collagène, les acini groupés normalement en certains points présentent des modifications structurales importantes du type des altérations adénomateuses.

Certaines cavités glandulaires sont kystiques sans modifications du revêtement épithélial. D'autres sont

modifiées et on remarque que l'épithélium a une ou plusieurs assises de cellules.

En certains points il est facile de noter une ébauche d'axe conjonctivo-vasculaire, qui montre l'existence de végétations intratubulaires, enfin une substance colloïde contenant des hématies remplit leur lumière et celle des canaux galactophores.

Dans le deuxième groupe : il y aurait pour ces auteurs des canaux dilatés avec végétations dans leur lumière, qui leur donne l'aspect d'épithélioma dendritique.

Macroscopiquement ces lésions apparaissent comme de petits kystes noirâtres disséminés dans la partie sous-aréolaire de la glande occupant une zone centrale peu étendue et une profondeur de trois centimètres environ.

On peut se demander si ce deuxième groupe n'est pas à identifier avec le premier groupe décrit au chapitre précédent par Moulonguet et Rousset.

Deuxième Partie

CHAPITRE PREMIER

Le pronostic

Si l'on a multiplié les descriptions anatomiques des lésions responsables d'écoulements hémorragiques par le mamelon, c'est parce que l'on a remarqué les différences de pronostic suivant la forme des lésions.

L'école allemande a simplifié le problème en adoptant une attitude systématique. Mais il est apparu que ce comportement avait quelque chose de vraiment excessif dans bien des cas. D'où la nécessité où l'on se trouve de discerner dans les formes anatomo-cliniques celles qui sont bénignes et réclament donc une thérapeutique conservatrice de celles qui sont malignes et commandent un acte chirurgical radical.

Après une étude anatomo-clinique de ces syndromes tout l'intérêt se concentre sur l'étude du pronostic.

Les indications thérapeutiques s'éclairent du même coup. Nous essayerons de donner ici une vue d'ensemble des opinions actuelles sur ces divers problèmes, puis nous donnerons ensuite pour illustrer ce débat, l'observation due à M. le Professeur Massabuau.

Les éléments du pronostic

Peut-on trouver dans l'étude du symptôme qu'est l'écoulement hémorragique, matière à des indications pronostiques.

Certes la durée de l'hémorragie ayant précédé l'examen clinique semble avoir quelque valeur, Lecène relate un saignement remontant à 15 ans. Mais ce n'est pas un signe suffisant car une lésion même bénigne peut se cancériser tardivement. Témoin le cas d'Ollivier de P. Cahen relaté dans la thèse de Mlle Wechsler où un écoulement sanglant avait duré 12 ans pour se cancériser en 6 mois; et ceux de Kopp, Martin, Lejan, etc...

D'autre part la qualité de l'écoulement séreux, séro-sanglant ou sanguinolent est-elle le reflet d'une gravité croissante ?

Pour Mintz il y a dans ce fait la marque de trois étapes d'une affection qui au stade hémorragique est maligne.

En réalité il semble que ni la qualité, ni la durée, ni l'abondance des hémorragies ne constitue un critère de bénignité ou de malignité.

Il n'y a qu'une base solide à une discussion pronostique, c'est l'examen anatomo-pathologique.

Dans ce facteur il faut d'emblée poser le problème tel qu'il s'offre souvent en pratique et répondre à plusieurs questions :

- A. — Peut-on par l'examen microscopique faire un diagnostic précis base du pronostic ;
- B. — Peut-on par un examen extemporané donner à l'opérateur une indication sérieuse ;
- C. — Peut-on par un examen histopathologique complet affirmer la malignité ou la bénignité d'une affection.

*
**

*A. — Peut-on par l'examen macroscopique en cours
d'intervention faire un diagnostic précis base solide
du pronostic*

Dans certains cas on peut ne pas hésiter, il faut être affirmatif.

En particulier dans les lésions décrites par Moulonguet et Rousset, l'atteinte simultanée de plusieurs canaux galactophores, apparaissant dilatés, gorgés de sang, avec un parenchyme glandulaire normal, impose un diagnostic immédiat et fait poser sans hésitation un pronostic bénin.

Dans la tumeur du type décrit par Lecène, un canal galactophore ouvert montrant la tumeur framboisée de volume réduit et unique, doit également incliner vers un diagnostic de bénignité. Bien qu'il faille déjà faire attention aux formes dégénérées.

Elles apparaissent, nous dit Lecène, « bien plus épaisses et irrégulières », fixant déjà les tissus voisins. Il faut donc commencer ici à être sur ses gardes.

Cet examen macroscopique ne suffit pas pour faire un diagnostic précis dans la plupart des cas. Aussi beaucoup de chirurgiens l'ont pratiqué un examen anatomopathologique extemporané, au moment de l'intervention.

B. — *Peut-on par un examen extemporané microscopique faire un diagnostic certain*

L'étude extemporanée par coupe à congélation, préconisée par Champy, a une grande valeur. Même dans un laboratoire bien organisé on a recours à elle pour beaucoup d'examen.

Mais les coupes obtenues sont grossières dès qu'il faut faire une étude délicate pour caractériser ou surprendre des signes de malignité, au début elles sont insuffisantes.

Wechsler écrit : « La biopsie extemporanée dans des cas aussi douteux n'est d'aucun secours ».

Cette étude a une valeur certaine si elle est positive, mais lorsqu'elle est négative on ne peut en déduire avec certitude une notion de bénignité. Il faut avoir recours aux inclusions à la paraffine.

Faut-il alors pratiquer à l'instar de l'école viennoise, les opérations en deux temps :

1° *Une opération limitée*, une véritable biopsie sur laquelle on fait un examen histopathologique approfondi qui donnera une bonne base au pronostic.

2° *Une opération radicale :*

Là encore la valeur absolue de la biopsie peut être mise en cause. On connaît le danger d'un examen anatomique localisé, dans tel point de la glande, il s'agit d'un papillome bénin, dans tel autre fort distant on note déjà une transformation cancéreuse.

C. — *Peut-on par l'examen microscopique affirmer la malignité d'une tumeur ou sa bénignité*

Tous les auteurs ont noté la coexistence de lésions variées sur un sein. C'est ainsi que dans l'ordre des tumeurs bénignes la tumeur végétante de Lecène voisine avec les lésions typiques de la maladie de Reclus.

D'autre part, dans les tumeurs malignes on retrouve aussi cette coexistence possible. Lenthal Cheatle signale les transformations bénignes et malignes de l'épithélium des conduits galactophores, et il montre en particulier que l'épithélium d'un canal galactophore peut évoluer dans le sens de la tumeur végétante, tandis que, à côté il y a une évolution du type précancéreux ou cancéreux même pouvant faire des métastases.

Tommaso Verniechi signale le cas d'un épithélioma intracanaliculaire en cours de dégénérescence apparu sur une maladie de Reclus, montrant ainsi la coexistence de trois types de lésions.

Ces faits cliniques sont bien connus, par surcroît ne sont pas l'apanage unique des tumeurs du sein et se rencontrent à propos de tous les examens anatomopathologiques.

C'est un fait commun de dire que l'on a pu examiner une tumeur bénigne alors qu'en un point éloigné ou même très voisin on avait une transformation cancéreuse. Il ne nous a pas paru inutile de rappeler ce fait que l'on oublie trop souvent. Le chirurgien qui reçoit un compte-rendu d'examen anatomique, lorsqu'il est négatif, le considère comme une certitude absolue, et lorsque l'évolution se fait dans le sens de la malignité, il n'a que trop tendance à penser que l'histologiste s'était trompé.

Il ne faut pas demander à l'anatomie pathologique plus qu'elle ne peut donner, le microscope ne grossit que ce qui passe dans le champ du microscope.

Dans ce cas la valeur de l'examen a été surfaite et on voudrait lui demander plus qu'il ne peut donner.

Mais même en restant dans le cadre strict des conclusions que l'on peut tirer de l'examen d'un fragment prélevé, on peut se demander quelle est la valeur de l'examen réalisé.

La compétence de l'histologie étant au-dessus de toute critique, il reste une grosse part d'interprétation.

L'examen anatomo-pathologique n'est pas une équation mathématique, ne ressemble pas même au dosage délicat d'une substance quelconque, il y a une part personnelle qui fait la valeur de celui qui réalise l'examen et qui résulte de son expérience d'une part, de sa culture d'autre part.

Cette part d'interprétation explique les nuances parfois profondes qui existent entre les auteurs.

Dans beaucoup de cas le seul examen microscopique est vraiment incapable de donner une appréciation sé-

rieuse sur le pronostic. Lecène et Galtier dans leur mémoire, donnent aux tumeurs végétantes intracanaliculaires une épithète de bénignité plus sur des constatations cliniques tirées de l'évolution de ces tumeurs que sur l'interprétation de signes histologiques qu'ils avouent ne pas trouver suffisants pour conclure. Ces faits d'expérience sont donc souvent sujets à caution.

Cependant, il est certains points sur lesquels les avis concordent. Le caractère de malignité est évident pour Lecène dans les tumeurs végétantes intracanaliculaires lorsque apparaissent « des végétations très épaisses, mal limitées, formées d'éléments néoplasiques entassés les uns contre les autres sans régularité », ou que « la paroi des dilatations canaliculaires est forcée par les végétations qui la traversent et s'infiltrant dans les tissus voisins ». Lorsque par ailleurs l'examen à un fort grossissement montre les figures d'atypie caractéristiques.

Même lorsque les arborisations épithéliales ont respecté les vitrées, si leur étendue est considérable et les formations pseudo-glandulaires endocanaliculaires sont en abondance, Lecène, Pierre Delbet, Masson considèrent cet aspect comme précancéreux.

Les auteurs allemands souscrivent d'abord aux opinions déjà citées et vont plus loin dans leur diagnostic d'état précancéreux; de même en Italie, Buonsanti de Florence considère comme préoccupants et terrain précancéreux, l'existence d'épithélium à structure kystique, qui pour lui révèle une prolifération tumultueuse et irrégulière; de même le tissu conjonctif de type presque muqueux opposant peu de résistance à l'envahissement épithélial.

En somme, à lire les opinions des anatomo-pathologistes les plus éminents on se rend compte qu'à côté des lésions franchement cancéreuses par leur atypie, les formes dites précancéreuses n'ont pas une caractéristique bien définie, et l'interprétation peut varier d'un auteur à l'autre.

Il faut retenir de cela que dans ces cas le laboratoire ne peut être d'aucun secours pour le chirurgien, qui doit prendre toutefois une décision. Elle peut alors être basée sur son expérience et dans le doute il peut adopter l'attitude des Allemands et considérer avec Klose qu'en matière de cancer ou de précancer, il vaut mieux être trop large que trop parcimonieux, sans pour cela être sujet à critique.

OBSERVATION

L'observation que nous allons maintenant rapporter, pour illustrer cette discussion, montrera que le diagnostic de malignité est parfois très difficile, qu'il ne faut tenir pour bénigne que les lésions qui n'ont absolument aucun signe même léger de malignité.

Cette observation montre toute la responsabilité qui semble incomber à celui qui affirme trop facilement la bénignité d'une lésion.

Si les observations de tumeurs végétantes dégénérées sont rares de l'avis de Pribram lui-même, par contre d'après le même auteur leur récurrence in situ est très fréquente après ablation partielle.

Leur récurrence sous forme de cancer d'emblée semble exceptionnelle et nous n'avons pas trouvé d'observation semblable dans la littérature.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Massabuau)

C... A., 52 ans, entre dans le service de M. le Professeur Massabuau, le 20 juin 1933.

Il y a six mois, la malade a vu apparaître un écoulement sanglant par le mamelon gauche (environ deux dès à cou-dre), cet écoulement a été absolument indolent. Depuis, par intermittence, une sécrétion rosée, séreuse, humecte le mamelon et parfois l'écoulement est très abondant. Depuis un mois cette sécrétion est devenue permanente, obligeant la malade à garder une compresse sur le sein. Ne souffre absolument pas.

Antécédents personnels: La malade fut opérée, il y a sept ans, d'une hernie dans une ville voisine.

N'est plus réglée depuis 7 mois. Auparavant, très normalement réglée, la malade a eu cinq enfants, elle en a nourri trois: toujours presque exclusivement par le sein gauche.

Examen:

Le mamelon droit est ombiliqué, la malade aurait eu autrefois au cours d'un allaitement un volumineux abcès aréolaire, il ne s'agit donc que d'une ombilication cicatricielle: par ailleurs, ce sein est normal.

Le sein gauche, siège de l'écoulement anormal ne révèle à l'inspection aucun aspect pathologique (pas de peau d'orange, pas de rétraction du mamelon, pas d'élévation du sein par rapport à son congénère), cependant la malade pour permettre cet examen, soulève une compresse appliquée sur le mamelon et qui est teintée par une sécrétion séreuse un peu rosée.

La palpation ne révèle absolument rien d'anormal. Pas de noyau intramammaire, glande souple, homogène, par l'expression on fait sourdre du mamelon un peu de rosée séro-sanguinolente.

Pas d'adénopathie axillaire, état général excellent.

Diagnostic: Mastite hémorragique.

Le 3 juillet 1933, il est fait un prélèvement de la sécrétion anormale par le mamelon, on fait un étalement sur

lame pour examen histologique et bactériologique. Le laboratoire répond: nombreux globules rouges. Pas de pus, pas d'autres éléments physiologiques.

Pas ou peu de germes.

Il est fait une azotémie: 0 gr. 25 d'urée par litre.

Pas d'albumine dans l'urine.

Intervention: Le 12 juillet 1933.

Ablation de la peau et du sein.

Fermeture de la plaie opératoire en un plan. Cicatrisation parfaite de première intention.

Anatomie pathologique:

Plusieurs fragments ont été prélevés en divers points de la glande mammaire. Nous nous sommes efforcés d'examiner au microscope de larges coupes histologiques afin d'avoir sous les yeux la plus grande étendue possible de tissu mammaire.

On se trouve en présence de deux variétés de lésions:

Hyperplasie épithéliale et hyperplasie conjonctive.

D'ailleurs, dans une même coupe histologique, souvent dans un même champ microscopique ces processus pathologiques s'intriquent remarquablement. C'est ainsi que l'on a affaire à des acini tantôt dilatés, avec une lumière obstruée par plusieurs assises cellulaires qui donnent lieu à la formation de pseudo-lumières glandulaires, tantôt microlystiques et munis d'un épithélium très mince plus ou moins cubique, tantôt au contraire atrophiés, sans lumière centrale et pourvus d'une vitrée considérablement épaissie tantôt enfin les îlots acineux sont le siège d'une infiltration lymphocytaire diffuse ou nodulaire (« néostroma ») de Grynfeltt et Caudière.

Autour des acini, le stroma conjonctivo- adipeux de la glande ou « paléostroma » au sens des mêmes auteurs que

plus haut, est le siège d'une hypergénèse collagène très marquée.

Au niveau d'un des fragments examinés nous avons observé une cavité kystique de la dimension d'une lentille et dont la lumière est obstruée dans sa presque totalité par des végétations conjunctivo-épithéliales extrêmement découpées.

Elles sont parfois d'une ténuité extrême et les lacunes sanguines situées au centre de ces villosités papillaires, paraissent d'une grande fragilité. L'épithélium de ces formations végétantes est surtout cylindrique pluristratifié et rappelle, plus ou moins modifié, celui des canaux galactophores.

Ces arborisations conjunctivo-épithéliales ne présentent pas de formes cellulaires monstrueuses et ne franchissent pas la limite du kyste dans lequel elles se sont développées.

Cette néoformation endo-canaliculaire permet de porter, dans le cas qui nous occupe, le diagnostic d'adénome dendritique.

L'hyperplasie épithéliale a partout respecté les vitrées, mais les arborisations endo-canaliculaires très étendues et les formations pseudo-glandulaires également endo-canaliculaires sont suffisantes pour considérer, à la suite notamment de Lécène, Pierre Delbet, Masson, que nous nous trouvons là en présence d'un processus précancéreux

Le 24 février 1938, la malade revient dans le service. Elle a remarqué en effet depuis deux mois environ, l'apparition d'une tuméfaction du sein gauche. Cette tuméfaction n'a cessé de grossir depuis, aussi bien qu'elle ne soit pas douloureuse la malade a décidé de venir en consultation.

Dès l'inspection on remarque au niveau du sein gauche, dans son cadran interne, une tuméfaction. La peau qui la recouvre est le siège d'une circulation collatérale que dessine un réticulum violacé. La tumeur qui s'infiltre vers le mamelon est grosse comme une noix, fait masse avec la

glande. Elle est ferme, adhère au derme et réalise la peau d'orange. Très mobile sur le plan costal elle n'a qu'une mobilité limitée sur le grand pectoral. On note une adénopathie axillaire qui épargne les ganglions sus claviculaires.

Diagnostic: Epithélioma (tumeur infiltrée, adhérente à la peau avec gros retentissement). Type carcinome.

Il s'agit donc d'une récurrence d'épithélioma dendritique opéré il y a 3 ans.

Azotémie: 0 gr. 25.

Reflexe oculo-cardaque: 80.

Temps de saignement: 3'

Temps de coagulation: 8'.

Intervention: Amputation du sein avec large évidement axillaire. Drainage déclive. Choc opératoire facilement surmonté; suites simples. Cicatrisation parfaites.

Examen anatomo-pathologique (2124): Le fragment tumoral mammaire examiné montre qu'il s'agit d'un épithélioma mixte, atypique en certains points, pseudo-glandulaires en d'autres.

Les ganglions sont atteints de métastases cancéreuses.

CONCLUSION

L'étude anatomo-pathologique mais surtout l'analyse du pronostic d'après les lésions anatomiques nous a montré toutes les difficultés que pouvait rencontrer le chirurgien d'abord, l'histologiste ensuite. Dans un grand nombre de cas le laboratoire ne peut avoir une opinion ferme sur la bénignité ou la malignité d'une lésion.

L'observation de M. le Professeur Massabuau est là pour illustrer ce débat difficile.

Il semble donc que le moindre doute sur la bénignité d'une lésion, doive la faire considérer comme cancéreuse ou précancéreuse. En particulier dans le type épithélioma dendritique, il ne faut pas s'attarder à attendre les signes évidents de dégénérescence.

Cette ligne de conduite par voie de conséquence reste le guide sûr d'une thérapeutique énergique, qui ne consent pas des sacrifices inutiles, mais sait prendre toutes responsabilités pour sauvegarder la vie des malades en ayant recours à une exérèse large.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAIR. — Ecoulements sanglants par le mamelon, en rapport avec le cancer du sein. (*Annals of Surgery* xci, février 1930).
- ATONIOLI. — Mamelle saigante bilatérale. (*Bol. e memorie della Soc. piem. di Chir.* 11 mars 1932).
- ARNVIG (Aalbory). — Sur l'hémorragie du mamelon. (*Hospitalstidende* an 78, N° 50, 10 dec. 1935, page 1259-1268). In *journal de Chir.*, sept. 1936, p. 399.
- ASKANAZY. — Schweiz med. Wschr. 1925, page 1017 die Beziehungen der Gutartigen Erkrankungen der Brustdrüse zum Mammacarcinome (*Wortr. in Königsberg* 1930).
- AUDEMA. — Contribution à l'étude de la maladie de Reclus. (*Thèse de Montpellier*, 21 janvier 1925).
- BEGOUIN. — Adénome kystique avec hémorragies, épithéliome métatypique du sein. (*Bull. et Mém. Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, le 16 juillet 1920, page 402-405).
- BLOCH (J.-C.) et WECHSLER (Mlle). — Ecoulement sanglant par le mamelon. (*Presse médicale*, 16 mai 1934; page 789).
- BORTINI ENNIO (Milan). — Pour la connaissance de la mamelle saignante. (*Annali di obstetrica et ginecologia*, 28 février 1937, page 123-134). In *journal de Chir.*, octobre 1937, p. 543.

- BUONSANTI (P.). Florence. — Tumeurs du sein avec étude spéciale des tumeurs précancéreuses. (*Archivio Italiano di chirurgia*, vol. xxxii fasc. 1^{er} sept. 1930, page 1 à 45). In *journal de chir.* T. xxxvii 1931.
- CAHN. — Hémorragie lente des glandes mammaires (*Deutsche med. Wchschr.* xxviii, 1914).
- CERNEZZI. — Etiologie, signification et thérapeutique de la mamelle saignante. (*Gazetta degli osped. et delle clin.* lii, avril 1932).
- CHAMAILLART. — Contribution à l'étude des écoulements séro-hématiques par le mamelon. (*Thèse de Montpellier*, 1912).
- CHARLES. — De la conduite à tenir dans les cas d'écoulement du sang par le mamelon. (*Thèse de Bordeaux*, 1930).
- CHIPAULT. — Un cas d'hémorragie kystique du sein. (*Presse Médicale*, 1896).
- CHRISTMANN et FONTEL. — Mamelle saignante et symptômes de la maladie de Reclus. (*Rev. de l'Association méd. Arg.* xlv, 1931).
- CUTLER. — Essai de transillumination dans le diagnostic de la mamelle saignante. (*Surg. Gynéc. Obst.* xlviii, 1929.)
- DELBET et HERRENSCHMIDT. — Epithélioma dendritique endocanaliculaire du sein. (*Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*).
- DELBET et MENDRO. — Les cancers du sein. (*Annales de la Clin. Chir.* 1927).
- DEMIROJIAN. — Contribution à l'étude de la valeur séméiologique des écoulements sanguins par le mamelon. (*Th. de Paris*, 1918).
- DERYL HART. — *Archives of. Surg.* xiv, avril 1927, N° 4, page 793.
- ERDHEIM. — Zentralblatt f. Chirurgie liv, N° 3, janvier 1927. (*Arch. Klin. Chir.* cxxxix, 1926).
- ESCOBAR. — Mamelle saignante. (*Progresos de la Chir.* xxxviii, sept. 1930).

- FISCHER. — Comment doit-on traiter la mamelle saignante. (*Wen Klin Wchnschr*, 1918).
- Mamelle saignante. (*Munch. Med. Wchnschr.* xxxi, 1918). (*Zentralblatt, f. Chir.* N° 46, 1930).
- GAY. — Un cas d'une hémorragie par les deux seins. (*Fr. M. Soc. Lond.* xxxvii 1914-19).
- GRONWALD. — Contribution à l'étude de la mamelle saignante. (*Bruns-Beitrage Zur Klin. Chir.* cxliv, N° 3 octobre 1928, p. 336-384).
- GRYNFELTT. — Etude histologique d'un épithélioma intracanaliculaire hémorragique. (*Bull. de l'Assoc. fr. pour l'étude du cancer*, 17 juillet 1928).
- GUTTER. — Apoplexie du sein. (*The journal of the american med. asoc.* N° 22, 31 mai 1914).
- HAMANT et CORRET. — Signification de la mamelle saignante. (*Revue méd. de l'Est*, N° 60, 15 décembre 1932, p. 931-935).
- HENDRICK. — La vraie « mamelle saignante ». (*Der Chir.* 1931, janvier, p. 9-12).
- HERMANI. — Deux cas d'hémorragie par le mamelon chez la femme. (*Lwow. tygodn. lek. v.* 1910).
- KAISER. — Faut-il opérer la mamelle saignante radicalement ou conservativement. (*Zentrabl. f. Chir.* N° 5, 9, 1927).
- KALINS. — Hémolymphangiome caverneux mixte de 1 mamelle. (*Munch mediz. Wchnsch.* N° 24, juin 1927).
- KLIGES. — Mamelle saignante et son rapport avec le cancer. (*Arch. f. Klin Chir.* clxviii, 1932, p. 743-761).
- KLOSE. — De la mamelle saignante. (*Zbl. f. Chir.* 1922, p. 15-23. — Faut-il traiter la mamelle saignante de la manière conservatoire ou opératoire? (*Zbl. f. Chir.* EPLC, N° 43). — Conclusions de la discussion d'Erdheim et Risak. (*Zbl. f. Chir.* 1927, n° 3).
- KNOFLACH et URBAN. — De la pathologie et de la thérapeutique de la mamelle saignante. (*Arch. fur. Klin. Chir.* cl 1928).

- KOPP. — Ecoulement du sang par le mamelon. (*Acta chir. Scandinav.* LXII, 28 juillet 1927).
- KRZYPOW. — Valeur séméiologique des écoulements anormaux par le mamelon. (*Thèse de Paris*, 1922).
- KUTHE. — Mamelle saignante et sécrétante. (*Zentralbl. F. Chir.* LVI, février 1930).
- LABBE et COYNE. — Traité des tumeurs bénignes du sein (1876). Laroyenne, Bonget, Rousset. Hémorragies mamelonnaires par adénomes diffus intracaniculaires. (*Soc. d'obst. et de Gyn. de Lyon*, 7 novembre 1932, p. 61-66).
- LECENE et GALTIER. — Remarques sur le traitement chirurgical des tumeurs végétantes intracaniculaires du sein. (*Journal de Chirurgie*, 1928, p. 481).
- LENTHAL CHEALTE. — Les transformations bénignes et malignes de l'épithélium des conduits galactophores. (*British Journal of Surgery*, 1921, Tome VIII, N° 31, page 285). In *journal de Chir.* page 73, Tome XVIII.
- LÉO. — Sur l'épithélioma intra-caniculaire de la mamelle (*Annali Italiani di Chir.* an III fasc. 2 1924 pages 111 à 139). In *Journal de Chir.* an 1925 tome XXVI, p. 195.
- LEPPER et A. H. BAKER. — Cancer intra-caniculaire diffus de la mamelle (*British journal of Surgery Vol.* 22 n° 87, janvier 1925, pages 415-423).
- MACHADO. — Mamelle saignante. (*Rev. de Gyn. et d'obst.* XXIII février 1929).
- MICOTTI. — De la mamelle saignante. (*La clinique chir.* XXXV avril 1932, p. 442-455).
- MINTZ. — Sur les écoulements sanguinolents de la glande mammaire. (*Commun. au XI^e Congrès des chirurgiens russes*, Moscou, décembre 1911).
- MORESTIN. — Epithélioma intracaniculaire du sein à début mamelonnaire. (*Bulletin et memb. soc. anat. de Paris*, 1907).

- MOULONGUET et ROUSSET. — *Journal de Chir*, avril 1934, p. 488.
- NATHAN. — Diagnostic précoce d'un néoplasme du sein par l'examen histologique de son suintement hémorragique. (*La clinique*, Tom. ix, n° 3, 16 juin 1914 page 38-39. In *Journal de Chirurgie* 194. Tome xii, page 362).
- OHMURA. — Sur deux cas de dégénérescence cancéreuse de de cystadénome parillifère de la glande mammaire. (*Zentralblatt für chirurgie* tome 61, n° 47, 24 nov. 1934, pages 2710 à 2717. *Analy in journal de chir.* 6 juin 1935, p. 932).
- ORBACH. — Mamelle saignante (*Zbl. f. chir.* 2 ((1930).
- PRIBRAM. — Mamelle saignante (*Erg. de chir. u. Orth.* xiii 1921, p. 311-88. Signification pathologique de la mamelle saignante (*Medizin, Klin* xxvii, 18 décembre 1931).
- RECLUS. — Maladie kystique (*Rev. de Chir.* 1883). (*Pres. Med.* 1911).
- RIES. — Menstruations vicariantes (*La prensa med. argent* xviii avril 1932).
- RISAK. — (*W. Kl. W.* 1926 p. 544 n° 19). La question de la mamelle saignante. — La réponse au travail de Klose: la mamelle saignante doit-elle être traitée d'une manière conservatrice ou opératoire? (*Zbl. f. chir.* liv n° 3, 1927).
- ROBLES et BAUNO. — Mamelle saignante. (*Minerve medica* I, 7 janvier 1932, n° 1 p. 6-14).
- SEBENING. — Arch. f. Klin Chir. 1925.
- SEMAINE MÉDICALE. — La valeur des écoulements sanguinolents par le mamelon chez les femmes âgées. (*Paris* 1912, p. 169, volume xxxiii).
- TANCELLIN. — Les écoulements du sang par le mamelon avec ou sans modifications automo-pathologiques de la glande mammaire. (*Thèse de Paris* 1924).
- TAPIE. — De la valeur diagnostique de l'écoulement du sang par le mamelon. (*Thèse de Bordeaux* 1923).

dendritique intra-canaliculaire en voie de dégénérescence maligne apparaissant sur une maladie kystique de la mamelle. (*Rivista di chirurgia* an 2 n° 3 mars 1936 page 109-128). In journal de chirurgie janvier 1937 page 101.

TZOVARU. — Mamelle saignante. (*Revue de chirurgie*, mai 1933).

VANVERTS. — L'écoulement de sang par le mamelon peut s'observer dans les tumeurs bénignes de la mamelle. (*Echos méd. du Nord*. Lille 1910, p. 319).

VEISHAMP. — Les mamelons saignants (*Arch. f. Gyn.* Berl. 1917).

VOLPERS. — Mamelle saignante. (*Arch. f.; Klin chir.* 1933 n° 174, p. 447-474).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :
*Contribution à l'étude du pronostic
de l'épithélioma d'enditrique du sein*
par François MARTIN.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression
Montpellier, le 31 Mai 1938
le Professeur, MASSABUAU.

Vu :
Montpellier, le 2 Juin 1938
le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 Juin 1938
Le Recteur,
PARISELLE.

Table des Matières

INTRODUCTION	7
------------------------	---

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

<i>Historique</i>	9
-----------------------------	---

CHAPITRE II

<i>Le symptôme « écoulement sanglant »</i>	13
--	----

CHAPITRE III

1. <i>Ecoulement sanglant sans tumeur</i>	15
2. <i>Ecoulement sanglant avec tumeur bien limitée</i> .	19
3. <i>Tumeurs multiples, à transformations papillaires disséminées</i>	21

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

<i>Le pronostic</i>	23
<i>Les éléments du pronostic</i>	25
<i>Observations</i>	33
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	41
SERMENT D'HIPPOCRATE	47

